

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1923

THÈSE

N^o 244

POUR LE

DOCTORAT DE MÉDECINE

PAR

R. VOLLANT

Externe des Hôpitaux de Paris.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

RÉTENTION D'URINE

DANS LES

TUMEURS SACRO-COCCYGIENNES

CHEZ LE NOURRISSON

Président : M. ACHARD, Professeur.

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1923

19

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1923

THÈSE

POUR LE

N^o 244

DOCTORAT DE MÉDECINE

PAR

R. VOLLANT

Externe des Hôpitaux de Paris.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

RÉTENTION D'URINE

DANS LES

TUMEURS SACRO-COCCYGIENNES

CHEZ LE NOURRISSON

Président : M. ACHARD, Professeur.

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1923

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER
PROFESSEURS : MM.

Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	André BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANCON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	N.
Pathologie chirurgicale	LECENE
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD
	VIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	P. MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
	DELBET
	LEJARS
Clinique chirurgicale	HARTMANN
	GOSSET
Clinique ophtalmologique	DE LAPPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	BRINDEAU
	JEANNIN
Clinique gynécologique	J. L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	Aug. BROCA
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique oto-rhino laryngologique	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL
Clinique propédeutique	SERGENT

Agrégés en exercice

MM.	DESMAREST	LARDENNOIS	RATHERY
ABRAMI	DUVOIR	LE LORIER	RETTERER
ALGLAVE	FIESSINGER	LEMIERRE	RIBIERRE
BASSET	GARNIER	LEQUEUX	ROUSSY
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEREBoullet	ROUVIERE
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LERI	SCHWARTZ
BRANCA	GUENIOT	LEVY-SOLAL	TANON
CAMUS	GUILLAIN	MATHIEU	TERRIEN
CHAMPY	HEITZ-BOYER	METZGER	TIFFENEAU
CHEVASSU	JOYEUX	MOCQUOT	VILLARET
CHIRAY	LABBE (HENRI)	MULON	
CLERC	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DEBRE	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

M. le Professeur Albert ROBIN	1913-1914.
M. le Professeur CARNOT	1918-1919.
M. le Professeur agrégé RIEFFEL	Externat 1919-1920.
M. le Professeur ACHARD	Externat 1920-1921.
M. le Docteur Jules RENAUT, médecin de l'hôpital Saint-Louis (Annexe Grancher)	1922-1923.

A M. LE DOCTEUR LÉON BINET

Chef de Laboratoire à la Faculté de Médecine de Paris.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR ACHARD

Membre de l'Académie de Médecine,
Médecin des hôpitaux de Paris.

En témoignage de notre reconnaissance de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA RÉTENTION D'URINE

DANS LES

TUMEURS SACRO-COCCYGIENNES CHEZ LE NOURRISSON

INTRODUCTION

Pendant notre séjour qu'il nous a été permis de faire dans le service de M. le Docteur Jules Renaut (annexe Grancher (Hôpital Saint-Louis), nous avons eu l'occasion d'observer une enfant atteinte de rétention d'urine en rapport avec une tumeur sacro-coccygienne. Nous avons cru pouvoir faire de cette observation l'objet de notre thèse, car outre les caractères cliniques intéressants, les recherches histologiques ont montré qu'il s'agissait d'une de ces tumeurs rares développée aux dépens des vestiges embryonnaires de la portion sacrée de la moelle épinière, — tumeurs auxquelles on donne le nom de neuro-épithéliomes.

Dans notre étude, nous suivrons le plan suivant :

Observation; Autopsie, examen histologique; Etude anatomique; Etude clinique; Diagnostic différentiel; Conclusions.

Nous profitons de cette occasion pour exprimer à notre

maître M. le Docteur Jules Renaut l'assurance de notre très profonde reconnaissance pour l'accueil qu'il nous a réservé, pour l'enseignement qu'il nous a donné et aussi pour la permission qu'il nous a accordé d'utiliser l'observation qui fait la base de notre thèse. Nous remercions aussi M. le Docteur Binet qui nous a guidé de ses conseils dans l'examen de notre petite malade et qui a bien voulu nous aider dans la rédaction de cette thèse.

OBSERVATION

L'enfant P... Simone, âgée de trois semaines, est amenée de la province à l'hôpital (annexe Grancher) pour une augmentation de volume considérable des membres inférieurs et de l'abdomen s'accompagnant d'absence d'urine.

L'interrogatoire des parents nous apprend qu'il s'agit du troisième enfant; les deux aînés sont bien portants, l'un à 8 ans, l'autre 12 ans et demi. Le père et la mère sont bien portants; la mère n'a jamais fait de fausses couches.

Cette enfant est née à terme; l'accouchement a été normal, pratiqué par une sage-femme; celle-ci n'a rien constaté d'anormal et un médecin venu le jour de l'accouchement n'a fait aucune remarque.

Pendant les neuf premiers jours, l'enfant nourrie au sein semble évoluer normalement et les parents affirment que cette enfant urinait et que les langes étaient mouillées.

Le onzième jour, la mère constate que le côté droit de l'enfant commence à grossir et remarque en même temps que l'enfant n'urinait pas.

Un médecin appelé constate une augmentation de volume de l'abdomen qui, le 18^e jour, s'accompagne de gonflement des membres inférieurs.

Un deuxième médecin, à cette date, essaie de sonder l'enfant sans résultat. Depuis le 11^e jour, l'enfant n'a pas uriné,



Fig. 1. — Reproduction photographique de l'enfant à son entrée à l'hôpital.

l'abdomen augmenta progressivement, l'œdème des membres inférieurs s'accroît; l'enfant a des vomissements bilieux et la mère justement inquiète amène l'enfant à Paris.

Examen de l'enfant. — Le 22 novembre, trois semaines

après la naissance de l'enfant, l'examen donne les résultats suivants :

Inspection. — Un œdème considérable infiltre les mem-



Fig. 2. — Photographie de l'enfant après le deuxième sondage.

bres inférieurs, la vulve et l'abdomen, s'arrêtant à la base du thorax qu'il respecte totalement, ainsi que la tête, le cou et les membres supérieurs.

La peau est normale, et une pression laisse une empreinte en godet. Au niveau de l'abdomen, de plus on remarque

l'existence d'une circulation collatérale accentuée qui est latérale (au niveau de chaque flanc) et sus-ombilicale (fig. I).

La palpation aidée de la percussion montre qu'il n'y a aucune ascite, mais une masse volumineuse remontant jusqu'à l'appendice xyphoïde, globuleuse, rénitente, donnant à la percussion une matité nette, contrastant avec la sonorité des flancs. L'examen du foie et de la rate est impossible.

L'examen du cœur et des poumons ne montre rien d'anormal.

L'examen du tube digestif ne décèle rien de particulier; plus de vomissement; les selles sont normales dans leur fréquence et dans leur aspect.

On pèse l'enfant; son poids est de 5 kgr. 500; le diagnostic porté est « Rétention d'urine d'origine inconnue ».

Un sondage pratiqué non sans difficulté ramène 850 grammes d'urines claires qui furent soigneusement recueillies en vue d'un examen chimique et histologique.

Le lendemain, le poids est tombé à 4 kgr. 630; l'œdème des membres inférieurs a diminué, mais la circulation collatérale persista, l'abdomen reste infiltré.

Un deuxième sondage est pratiqué, et peu après, on note la disparition de la circulation collatérale, l'affaissement de l'abdomen.

On constate alors que le foie est normal ainsi que la rate, mais on note profondément dans la région sus-pubienne, une masse qui a la grosseur d'un œuf d'oie, qui semble être la vessie, mais l'examen anatomique ultérieur montrera qu'il s'agissait d'une tumeur pré-coccygienne.

Dans la suite, la rétention d'urine a persisté, d'où l'obligation de placer une sonde à demeure.

C'est alors que devant l'ignorance de la cause de cette rétention que différents examens sont pratiqués.

I. — Examen génito-urinaire par le Docteur Mouchet.

Le méat urétral paraît situé en arrière de son siège normal et le col utérin a paru inaccessible.



Fig. 3. — Reproduction photographique de la radiographie montrant le prolongement diverticulaire.

II. — Examen radiographique après injection de collargol.

Deux examens ont été faits : l'un montre une ombre allongée se dirigeant à droite de l'ombilic.

S

L'autre donne simplement une ombre globuleuse, régulièrement arrondie ; il semble donc que la vessie a des diverticules et que la première image soit une image diverticulaire.

Devant la persistance du syndrome, malgré l'âge de l'enfant, le Docteur Jules Renaut décide une intervention et le Docteur Mouchet pratique une cystostomie.

L'opération réussit parfaitement, la bouche vésicale donne, mais l'enfant a un état général qui s'affaiblit de plus en plus et il meurt le 21 décembre 1923.

ETUDE BIO-CHIMIQUE DES URINES

Urines d'aspect limpide, ambre foncé, sans odeur, sans grand dépôt apparent.

Réaction acide; densité 1006, volume 850 centimètres cubes.

Eléments anormaux :

Sucre.	traces nettes.
Albumine vraie (séline + globuline)	traces nettes.
Pigments biliaires.	0
Acides biliaires et sels biliaires	0
Indoxyl.	assez abondant.
Urobiline et son chromogène.	présence faible, mais nette.
Pus (par réaction chimique).	0
Sang, hémoglobine.	présence.
Corps cétoniques (acétone et acide diacétique).	0

Eléments normaux :

	par litre	pour 850 cme.
Chlorures en NaCl.	2,34	1,28
Urée (ammoniaque déduite).	2,64	2,23
Urée (ammoniaque non déduite)	3,15	2,67
Phosphates ou P^2O^5	0,55	0,46
Acidité apparente en HCl	0,365	0,32
Ammoniaque	0,29	0,24
Azote urée (sans N. d' AzH^3).	1,28	1,04
Azote urée (avec N. d' AzH^3).	1,47	1,27
Azote ammoniacal.	0,24	0,20
Azote total	2,02	1,71
Acide urique	0,38	0,32

Rapports urologiques :

Rapport azotémique	{ ancien 72 p. 100 nouveau 60,7 p. 100
Rapport acide phosphorique à urée	{ ancien 17 p. 100 nouveau 20 p. 100
Rapport acide phosphorique à azote total	22,4 p. 100
Rapport acide urique à urée	{ ancien 12 p. 100 nouveau 14 p. 100
Coefficient de Maillard (imperfection uréogénique) : azote ammoniacal à azote urée + azote ammoniacal	16 p. 100
Coefficient de Lanzenberg ou d'acidose : azote ammo- niacal à azote total	11 p. 100

Nous avons comparé les chiffres précités avec ceux que rapportent MM. les Docteurs Lainé et Léon Binet dans leur livre sur la physiologie normale et pathologique du nourrisson et nous avons constaté que nous nous trouvions en présence d'une urine pathologique, traduisant un trouble de la circulation rénale par suite de l'obstacle mécanique au niveau de la vessie et des uretères.

AUTOPSIE. EXAMEN HISTOLOGIQUE ⁽¹⁾

A l'autopsie, on ne trouve rien du côté du thorax, mais on est frappé par :

I. — Une malformation congénitale.

II. — Une tumeur pré-coccygienne.

Malformation congénitale. — La vessie est revenue à son volume normal et il est impossible d'y trouver de diverticules; il est vraisemblable qu'à la suite de la cystostomie, la vessie est revenue à son volume normal et le diverticule observé à l'examen radiographique a disparu; ce n'était qu'un diverticule de distension.

Par contre, on est frappé par l'abouchement de l'urètre sur la paroi antérieure du canal vagino-utérin, imparfaitement développé avec absence de col.

Tumeur pré-coccygienne. — On note l'existence d'une tumeur grosse comme le poing située entre la région sacro-coccygienne d'une part et le rectum d'autre part et qui se prolonge sur les flancs de ce dernier. La section de cette tumeur montre qu'elle est multiloculaire

(1) Cette tumeur a fait l'objet d'une communication à la Société anatomique par MM. Binet et Cornil.

avec une grosse cavité centrale remplie d'un liquide verdâtre et de petites cavités accessoires renfermant un liquide clair.

L'étude histologique que nous avons pu faire de la tumeur, grâce à l'aide du Docteur Cornil préparateur à la Faculté, nous a permis les constatations suivantes.

EXAMEN HISTOLOGIQUE

Reins. — Il existe une congestion très marquée des vaisseaux de la corticale avec, par places, quelques ruptures de leurs parois déterminant des petites hémorragies interstitielles. Les glomérules sont très congestifs, et en plusieurs points, on note un léger degré de glomérulite diapédétique. Les tubes contournés sont nécrotiques, mais il faut tenir compte des conditions de fixation défavorables de la pièce. En outre, il existe une grosse infiltration interstitielle avec réaction inflammatoire dont les éléments sont surtout constitués par des polynucléaires, quelques lymphocytes, et une réaction hyperplasique assez marquée du tissu conjonctif.

Vessie. — L'épithélium vésical est normal; le chorion est légèrement infiltré par places de quelques éléments lymphocytaires péri-vasculaires. La tunique musculaire est normale.

Rectum. — Pas de modifications apparentes de l'épithélium; la muqueuse est normale dans toute l'étendue de la préparation. La *muscularis mucosæ* est intacte, les follicules clos sont normaux. Il existe dans la sous-

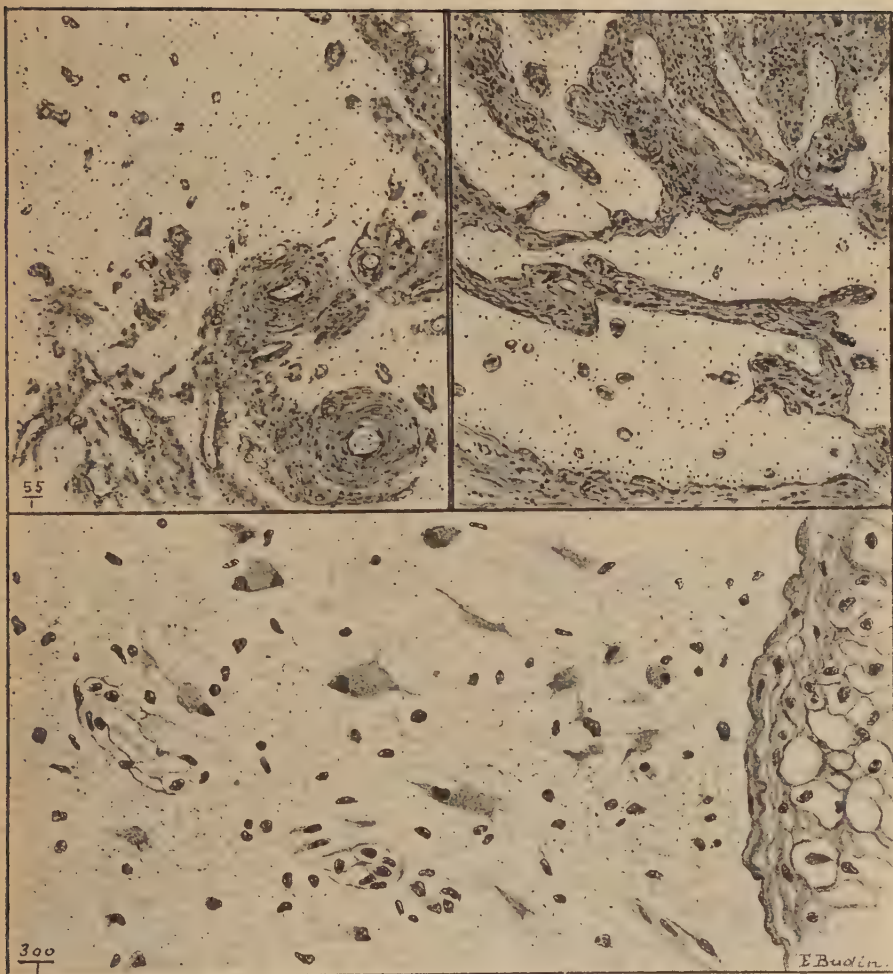


Fig 4. — Reproduction de coupes, d'après dessin.

muqueuse en un ou deux points une réaction inflammatoire périvasculaire minime, à type lymphoïde avec congestion des vaisseaux.

La tumeur. — Est constituée dans la région inter-vésico-rectale par un immense kyste dont la paroi en allant de la périphérie vers le centre est constituée par une gaine conjonctive riche en fibres collagènes, alternant avec du tissu élastique, dans l'intérieur duquel on peut noter la présence de fibres musculaires lisses disséminées. Ce tissu collagène présente de larges mailles remplies par un tissu finement réticulé spongieux, contenant des éléments cellulaires allant du type spongioblaste embryonnaire, passant par les stades intermédiaires jusqu'à la névroglie adulte qui est représentée par des astrocytes et de la microglie. Il existe en outre des zones nombreuses arrondies avec vaisseau central plus ou moins net par places, ces éléments ont des bords plus irréguliers, découpés en forme de carte à jouer. Le tissu constitutif de ces éléments dont l'un est dessiné sur la figure rappelle au fort grossissement l'aspect du neurosponge. Il existe en outre autour des vaisseaux correspondant à débris vestigiaires nerveux une infiltration leucocytaire des plus manifeste. Les éléments étant constitués en majorité par des lymphocytes, on note aussi la présence de moyens mononucléaires.

ÉTUDE ANATOMIQUE

L'examen histologique nous a permis de considérer qu'il s'agissait d'une tumeur neuroblastique développée par conséquent aux dépens du neuro-épithélium primitif.

Pendant longtemps, à la suite des auteurs allemands (Eberth, Max Borat, Kohn, etc...), on a considéré que de telles tumeurs étaient dues à une prolifération néoplasique de la glande de Luschka; les travaux fondamentaux de Tourneux et Herrmann, les études relativement récentes d'Alzais et Peyron ont apporté des arguments nouveaux à l'étude de cette question, montrant qu'il s'agissait le plus souvent d'éthérotopies vestigiales développées aux dépens des reliquats du segment caudal de la moelle épinière.

Rappelons donc brièvement, d'après Tourneux et Herrmann, l'évolution embryologique du segment caudal du tube neural.

Au commencement du troisième mois, le tube médul-

laire se prolonge en bas jusqu'à l'extrémité de la colonne vertébrale dans l'éminence coccygienne et le segment terminal légèrement renflé contracte des adhérences avec les couches profondes de la peau. Vers la fin du 3^e mois, la colonne vertébrale se développant plus rapidement que les parties molles entraîne avec elle la portion attenante du tube médullaire dont l'extrémité continue à adhérer aux téguments externes. Il en résulte de cette inégalité de croissance que la portion terminale ou coccygienne du névraxe se recourbe en arrière et décrit une anse dont la branche profonde est en rapport avec la face postérieure des vertèbres coccygiennes (segment coccygien direct) et dont la branche superficielle se dirige obliquement de bas en haut et d'avant en arrière (segment coccygien réfléchi). Dans le courant du 4^e mois, le segment coccygien direct s'atrophie et disparaît sur place.

Le segment réfléchi continue à évoluer pendant le 5^e mois donnant naissance à des cordons ou à des amas cellulaires creusés d'excavations que limite une couche de cellules prismatiques ou pavimenteuses suivant les points envisagés, vestiges médullaires coccygiens ou paracoccygiens; les vestiges, à partir du 6^e mois, subissent une atrophie progressive mais on peut en retrouver les restes au moment de la naissance.

Notre tumeur, avons-nous dit, présente d'une façon des plus nette les caractères des neuro-épithéliomes coccygiens, tels que Alezais et Peyron, puis M. Masson les ont décrits et auxquels nous empruntons cette description. Cavités et formations canaliculaires de formes

et de dimensions variables, dont la disposition générale rappelle celle de canaux glandulaires. On les distingue d'après leur âge et leurs dimensions, en rosette ou petites cavités tubuliformes, en canaux de moyen volume et en cavités microkystiques. Ces formations sont tapissées par différents types de cellules suivant leur degré d'évolution. Forme la plus simple, une rangée de cellules cubiques (rares) ou cylindriques reposant sur une lame conjonctive, ou bien ailleurs les cellules sont cylindriques, épendymaires, terminées par un pinceau ciliaire apical; elles sont étroites et leurs noyaux respectifs engrenés semblent former plusieurs couches. Ailleurs, elles se stratifient réellement tout en conservant leur orientation. Celles qui bordent la cavité, perdent contact et forment un réseau serré dont les mailles allongées rayonnent autour de la cavité centrale :

La plupart des neuro-épithéliomes coccygiens s'arrêtent à ce stade, Si l'évolution se poursuit, les tumeurs envahissent le tissu conjonctif qui les borde ou les cloisonne sous forme de tubes auxquels sont mêlées parfois des cellules pigmentaires, vraisemblablement d'origine cutanée, ou des cellules polygonales qui, secondairement, s'organisent en tubes. Tubes et cordons se ramifient entre eux et différencient leurs cellules.

Le tissu collagène se raréfie entre eux, et par places, est réduit à ses vaisseaux qui circulent parmi les éléments néoplasiques. La tumeur est ainsi formée par un mélange de coulées et de tubes qui infiltrent le tissu conjonctif, de tubes à parois épaisses, de kystes à épi-

thélium stratifié souvent hérissé de cloisons ou de fausses papilles. A cela s'ajoute l'infiltration mucoïde et le gonflement des gaines collagènes péri-vasculaires et l'aspect cylindromateux qui en résulte d'où l'extrême complexité des neuro-épithéliomes.

ÉTUDE CLINIQUE

Les tumeurs sacro-coccygiennes du type de celle que nous venons d'étudier constituent une affection d'une extrême rareté, les recherches que nous avons faites dans les traités classiques et dans diverses communications faites à des sociétés savantes ne nous ont permis de ne réunir que cinq exemples. Néanmoins, ces rares cas joints à celui que nous avons pu étudier nous-même offrent des caractères importants à signaler, permettant de résumer le tableau clinique sur la question.

Au point de vue étiologique, la congénitalité n'est pas douteuse (Alezaïs et Peyron); il s'agit presque toujours d'enfants jeunes et de sexe féminin, fillette de 5 mois (Buzzi), fillette de six ans (Alezaïs et Peyron), fillette de 11 mois (Kolaczek), nourrisson (Depaul), nourrisson de sexe féminin (cas personnel); seul le cas de Malenewski fait exception tout au moins eu égard à l'âge, car il s'agit d'une femme de 24 ans dont la tumeur fut découverte par hasard à la suite d'un toucher vaginal.

Au point de vue de la symptomatologie, la tumeur est

de volume, de forme, de consistance variable, multilobées, avec alternances de zones dures et de zones rénitentes, parfois comme dans notre cas, sensation de kyste rempli. Le volume était de la grosseur d'une noisette, (cas de Koszanska), d'une petite pomme (Alezaïs et Peyron), du poing (cas personnel).

Le siège est généralement pré-coccygien; la tumeur s'étend d'une façon variable dans le bassin, vers la région fessière et même dans l'axe vertébral par envahissement du canal sacré jusqu'au promontoire (Buzzi); lorsqu'il existe une partie intra-pelvienne et une partie extra-pelvienne, elles se trouvent dans le prolongement l'une de l'autre par la grande échancrure sciatique (cas de Depaul); la tumeur peut se prolonger sous le rebord inférieur du grand fessier et s'étendre vers le périnée. La topographie variable résulte des rapports, des vestiges médullaires avec la pointe du coccyx. Cette dernière est située en avant et au-dessous des vestiges, mais la tumeur en voie de développement, arrêtée en haut par les adhérences de la peau à la face postérieure du coccyx contourne l'extrémité osseuse et vient se mettre en rapport avec la face antérieure du sacrum et la face postérieure du rectum. Toutefois, certains néoplasmes ne trouvant pas d'obstacles s'opposant à leur développement ascensionnel se développent à la partie postéro-supérieure du coccyx (Alezaïs et Peyron).

Les symptômes fonctionnels sont dus à la compression exercée par la partie intra-pelvienne de la tumeur, compression du rectum et de la vessie principalement. La compression rectale se traduisant par une constipa-

tion opiniâtre et la production de matières rubanées (Alezaïs et Peyron), la compression vésicale par des troubles de la miction, dysurie, pollakiurie, mais dans aucun des cas signalés, la tumeur n'avait provoqué une rétention d'urine avec œdème étendu, semblable à celui que nous avons pu étudier. Dans un cas de tumeur sacrococcygienne signalé comme neuro-épithéliome, la compression vésicale avait eu pour conséquence de l'incontinence d'urine; l'examen montra qu'il ne s'agissait pas d'une tumeur de la nature de celle que nous étudions; il s'agissait en outre dans ce cas d'un homme adulte (Curtis et Lefort).

Les phénomènes douloureux sont peu marqués, lorsqu'ils existent; ils doivent être dus à la compression des racines nerveuses; l'évolution de la tumeur qui refoule plus qu'elle ne dissocie, explique leur peu d'importance.

Pronostic. — Dans la grande majorité des cas, l'évolution est maligne, rapide, ce qui est contraire à ce que l'on observe habituellement dans les néoplasmes congénitaux mort quelques jours après la naissance (Depaul) à 11 mois par occlusion intestinale (Buzzi), à 2 mois (cas personnel).

En résumé, ces tumeurs sont extrêmement rares, le plus souvent indolentes et à évolution maligne rapide (cas de Malenewski excepté), se traduisant surtout par des symptômes de compression rectale et vésicale et dont le diagnostic n'est posé le plus souvent que lorsqu'il existe une partie extra-pelvienne de la tumeur. Il ne le fut que deux fois dans les cas que nous avons retenus; dans notre cas personnel, la tumeur ne fut découverte qu'à l'autopsie.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

A côté des neuro-épithéliomes, la région sacro-coccygienne peut être le siège d'autres tumeurs d'espèces anatomiques diverses.

I. — Diagnostic avec les malformations de la région sacro-coccygienne.

Le spina bifida, hernie des membranes enveloppantes de la moelle, se fait par une fissure congénitale des lames des vertèbres sacrées formant une poche contenant du liquide céphalo-rachidien. Cette malformation est presque toujours rétro-sacro-coccygienne; la présence d'une tumeur sur la face antérieure constatée par le toucher rectal élimine donc ce diagnostic. Si la tumeur est uniquement rétro-sacro-coccygienne, rarement dans ce cas on pourra reconnaître le spina bifida par le signe suivant; la pression détermine des cris, des

convulsions, de la tension des fontanelles, signe caractéristique. Le spina bifida est le plus souvent médian, mais il peut être latéral dans la région fessière. Cependant, au début, il siège surtout à la partie supérieure du sacrum, et est sessile ; les autres tumeurs se développent surtout à la partie inférieure et se pédiculisent fréquemment.

S'il existe en même temps un pied bot, ou un trouble nerveux quelconque des membres inférieurs, des troubles sphinctériens, cette association est caractéristique du spina bifida.

Il existe enfin des cas dont le diagnostic est impossible, spina bifida s'isolant de la cavité sous-arachnoïdienne, le pédicule disparaissant, ou spina bifida avec tumeurs secondaires de ses parois ; dans ces cas, la tumeur est impossible à distinguer des tumeurs congénitales vraies.

II

Il est, par contre, deux groupes de tumeurs dont le diagnostic ne peut être établi que par l'examen histologique ; ce sont, d'une part :

Les tumeurs résultant d'inclusions fœtales manifestes, tumeurs contenant des organes qui ne peuvent provenir d'un vice d'évolution de la queue embryonnaire, véritables tératomes.

D'autre part, les tumeurs provenant d'organes de la queue embryonnaire par un vice de développement. Les neuro-épithéliomes appartiennent à cette catégorie ; à

côté, on peut citer encore des tumeurs dérivant de l'intestin post-anal qui, normalement, disparaît au début du deuxième mois, du canal mésentérique, des vertèbres sacrées qui, de 7 dans la queue embryonnaire, se réduisent à 3 dès le deuxième mois et enfin les chordomes dérivés de la corde dorsale primitive.

Chordomés. — Ces tumeurs sont aussi très rares; on en connaît que 25 cas actuellement. Leur symptomatologie est sensiblement celle des tumeurs que nous avons étudiées. Comme les neuroépithéliomes, elles siègent le plus souvent dans l'espace rétro-rectal avec habituellement apparition à la longue d'une partie extra-pelvienne. Toutefois, si nous envisageons les quelques cas sur lesquels nous avons pu trouver des renseignements, deux caractères étiologiques semblent les distinguer; elles se rencontrent plus chez les hommes (5 cas) que chez les femmes (3 cas), alors que les neuroépithéliomes que nous connaissons se sont tous rencontrés chez des fillettes; d'autre part, les chordomes se trouvent chez des individus adultes (22 ans-26 ans) et le plus souvent âgés (5 cas entre 50 et 60 ans), alors que le type que nous avons étudié s'est rencontré presque exclusivement chez de tout jeunes enfants.

Les symptômes fonctionnels n'offrent pas de grandes différences; d'une façon générale, les symptômes de compression des racines nerveuses sont inconstants ou tardifs et d'intensité variable. On trouva des signes de compression vésicale, dysurie, pollakiurie, incontinence d'urine (Bérard, Dunel, Peyron, Curtiss, Lefort), des

signes de compression rectale, constipation (mêmes auteurs).

La tumeur apparaît à la longue, généralement molle, immobile, s'accroissant progressivement et récidivant constamment après extirpation, la terminaison fatale survenant dans un délai de 2 ans à 7 ans, après le moment de l'apparition extra-pelvienne de la tumeur (moyenne des cas cités).

CONCLUSION

Il est possible d'observer chez l'enfant nouveau-né un syndrome de rétention d'urine remarquable par sa persistance et par son abondance, allant jusqu'à déclencher un œdème considérable des membres inférieurs et de l'abdomen.

Ce syndrome peut reconnaître une étiologie variable; dans le cas dont nous rapportons l'observation, il existait à la fois :

I. — Une malformation congénitale, abouchement de l'urètre au-dessous du niveau normal dans le canal vagino-utérin.

II. — Une tumeur inter-recto-coccygienne qui, par son volume, s'opposait à l'évacuation vésicale.

Anatomiquement, il s'agissait d'une tumeur qui, pendant un certain temps, a été considérée comme développée aux dépens de la glande coccygienne de Luschka. Actuellement, on tend à admettre avec Tourneux et Herrman qu'il s'agit de neuro-épithéliome déve-

loppé aux dépens d'éléments vestigiaires du tube neural de la région coccygienne.

L'étude histologique que nous avons faite vient en confirmation de cette opinion; nous avons même pu, en certains points de la tumeur, voir des modifications structurales, répondant au stade neurosponge.

Vu : le Président,
Ch. ACHARD

Vu : le Doyen,
H. ROGER

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL

BIBLIOGRAPHIE

- Alezais et Peyron. — Sur quelques particularités d'une tumeur sacro-coccygienne (*Réunion biologique*, Marseille, 1909).
- Alezais et Peyron. — Tumeur dite de la glande de Luschka et leur histogénèse aux dépens des vestiges du segment caudal de la moelle épinière (*Bull. de l'Ass. Franç. pour l'étude du cancer*, 1912, fasc. 10).
- Brocca. — *Chirurgie Infantile*.
- Braune. — Angeborene Steissgeschwulst dusch degeneration der Luschkaschen Steissdruse Enstanden (*Monatsch. f. Geburtsk.* 1864).
- Buzzi. — Beitrag zur kenntniss der angeborenen geschwulste der sacrococcyeahgend (*Virsch. Arch.* Bd. 109, p. 9, 1887).
- Bérard, Dunet, Peyron. — Chordômes de la région sacco-coccygienne (*Bull. de l'Ass. Franç. pour l'étude du cancer*, 16 juin 1922).
- Kleb et Koszanska. — Peritheliom der Luschkaschen Steissdruse inn Kindersalter (*Ziegles beitrage*, t. XXXV, 1909, p. 389).
- Kirmisson. — *Chirurgie infantile*.
- Malenewski. — Un cas de tumeur de la glande sacro-coccygienne (*Chirurgia*, déc. 1909, t. XXVI, p. 660).
- Tourneux et Herrman. — Vestiges du segment caudal de la moelle épinière et leur rôle dans la formation de certaines tumeurs sacro-coccygiennes (*C. R. Ac. Sciences*, 1887).
- Tourneux et Herrman. — *Embryologie*.

